

NOTA DE EMPENHO.No 002986/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

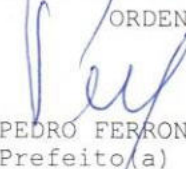
Código Reduzido...: 0399  
Órgão.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Função.....: 10 - SAUDE  
Subfunção.....: 122 - ADMINISTRACAO GERAL  
Programa.....: 0035 - Combate a Pandemia COVID19  
Projeto/Atividade: 2095 - Combate a Pandemia COVID19  
Elemento.....: 3190.11.00.00.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civi  
1  
Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO

Endereço...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereço: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco....: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 01001 - Folha Mensal  
Especificação....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.  
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao...: 168.673,76  
Valor Empenhado...: 12.552,26  
Valor Atual.....: 156.121,50  
Valor Por Extenso: DOZE MIL, QUINHENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS E VINTE E SEIS  
CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA  
A despesa foi empenhada pela importancia  
de R\$ 12.552,26 conforme  
comprovantes.  
IPIRANGA DO NORTE , 28/09/2020

ORDENADOR DA DESPESA  
  
PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

MARIZA TEREZINHA KONRATH  
Contador(a)  
CRC - CRC-MT012447/O-4

Fonte: 0.1.26.076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao  
recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

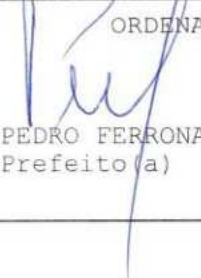
NOTA DE EMPENHO.No 002987/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

Codigo Reduzido...: 0295  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Projeto/Atividade: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 3190.11.00.00.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civi  
1  
Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO

Credor...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereco: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco...: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 01001 - Folha Mensal  
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.  
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 1.054.314,10  
Valor Empenhado...: 29.526,12  
Saldo Atual.....: 1.024.787,98  
Valor Por Extenso: VINTE E NOVE MIL, QUINHENTOS E VINTE E SEIS REAIS E DOZE CEN  
TAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 29.526,12 conforme comprovantes. PIRANGA DO NORTE , 28/09/2020	 PEDRO FERRONATTO Prefeito(a)
MARIZA TEREZINHA KONRATH Contador(a) CRC - CRC-MT012447/O-4	

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.  
Recebi o ( ) - MATERIAL ( ) - SERVICOS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

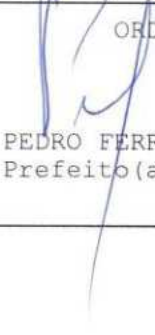

NOTA DE EMPENHO.No 002988/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

Codigo Reduzido...: 0300  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Projeto/Atividade: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 3390.46.00.00.00 Auxilio Alimentacao  
Sub-Elemento.....: 01 - AUXILIO-ALIMENTACAO DIVERSOS

Credor...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereco: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco...: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 01001 - Folha Mensal  
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. AUXILIO ALIMENTACAO, COMPETENCIA  
09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.  
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao...: 8.340,00  
Valor Empenhado...: 1.804,00  
Saldo Atual.....: 6.536,00  
Val Por Extenso: HUM MIL, OITOCENTOS E QUATRO REAIS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 1.804,00 conforme comprovantes. IPIRANGA DO NORTE , 28/09/2020	 PEDRO FERRONATTO Prefeito(a)
 MARIZA TEREZINHA KONRATH Contador(a) CRC - CRC-MT012447/O-4	

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.  
Recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICOS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

NOTA DE EMPENHO.No 002989/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

Codigo Reduzido...: 0304  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Projeto/Atividade: 2068 - Manut. dos Serv.e Urg. e Emergência  
Elemento.....: 3190.11.00.00.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civi  
1  
Sub-Elemento.....: 56 - Auxílio-Doença (ou Licença para Tratamento de Sa·de)

Credor...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereco: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco....: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 12001 - Auxilio Saude.  
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO  
SAUDE DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL - PSM,  
COMPETENCIA 09/2020.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 277.783,86  
Val Empenhado...: 1.373,52  
Saldo Atual.....: 276.410,34  
Valor Por Extenso: HUM MIL, TREZENTOS E SETENTA E TRES REAIS E CINQUENTA E DOIS  
CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA

ORDENADOR DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importancia  
de R\$ 1.373,52 conforme  
comprovantes.

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

IPIRANGA DO NORTE , 28/09/2020

MARIZA TEREZINHA KONRATH  
Contador(a)  
CRC - CRC-MT012447/O-4

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa·  
Recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 4316 Ref.Empenho N°.: 002986/2020  
Ref.Processo N°: 000000/0000  
Data de Emissao: 30/09/2020 Data do Empenho: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0399  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 122 - ADMINISTRACAO GERAL  
Programa.....: 0035 - Combate a Pandemia COVID19  
Proj./Ativ....: 2095 - Combate a Pandemia COVID19  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil

Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO  
Fonte de Rec.: 0126076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamen

C R E D O R

Nome...: FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod.....: 00001118  
Ender.: AV. PRINCIPAL N°: 000000 Licit....: /  
Cidade: IPIRANGA DO NORTE UF: MT CNPJ/CPF:  
CEP...: 78.578.000 Insc.Est:  
Banco.: 000 No C/C: 0000000000000- Insc.Mun: 00000002196  
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ DOZE MIL, QUINHENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS E VINTE E SEIS CENTAVOS

Valor do Empenho.....R\$	12.552,26
Saldo Anterior.....R\$	12.552,26
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	12.552,26
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI  
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 4317 Ref.Empenho N°.: 002987/2020  
Ref.Processo N°: 000000/0000  
Data de Emissao: 30/09/2020 Data do Empenho: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0295  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ...: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO  
Fonte de Rec.: 0102000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos

C R E D O R

Nome...: FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod.....: 00001118  
Ender.: AV. PRINCIPAL N°: 000000 Licit...: /  
Cidade: IPIRANGA DO NORTE UF: MT CNPJ/CPF:  
CEP...: 78.578.000 Insc.Est:  
Banco.: 000 No C/C: 000000000000- Insc.Mun: 00000002196  
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ VINTE E NOVE MIL, QUINHENTOS E VINTE E SEIS REAIS E DOZE CENTAVOS

Valor do Empenho.....R\$	29.526,12
Saldo Anterior.....R\$	29.526,12
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	29.526,12
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI  
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 4318 Ref.Empenho N°.: 002988/2020  
Data de Emissao: 30/09/2020 Ref.Processo N°: 000000/0000  
Data do Empenho: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0300  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ....: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 339046000000 - Auxilio Alimentacao

Sub-Elemento.....: 01 - AUXILIO-ALIMENTACAO DIVERSOS  
Fonte de Rec.: 0102000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos

C R E D O R

Nome.: FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod.....: 00001118  
Ender.: AV. PRINCIPAL N°: 000000 Licit...: /  
Cidade: IPIRANGA DO NORTE UF: MT CNPJ/CPF:  
CEP...: 78.578.000 Insc.Est:  
Banco.: 000 No C/C: 0000000000000- Insc.Mun: 00000002196  
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ HUM MIL, OITOCENTOS E QUATRO REAIS

Valor do Empenho.....R\$	1.804,00
Saldo Anterior.....R\$	1.804,00
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	1.804,00
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. AUXILIO ALIMENTACAO, COMPETENCIA  
09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI  
Responsavel pela Liquidacao



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

07.209.245/0001-72  
 Rua dos Girassóis - nº. 387 - Centro - CEP 78.578-00  
 66.3588.1566  
 recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020**

Funcionário: 0 / 999999999 Vínculo: 30 / 35 Cargo: 00000. / 99999.ZZZZZZZ.ZZZZZZZ  
 Proj.Atividade: 0 / 9999 Compl.: 1 / 1 Secr.Dep.Lot.Set: 00 000 0000000 000 / 99 999 9999999 999  
 Banco: 0 / 999 Classificação: 0 / 99999 Classificação: Sec/Dpto/Lotação

\* Somente informativo

**ORGÃO ORIGEM** 0000000001 - GERAL  
**SECRETARIA** 08 - SECRETARIA MUN. DE SAUDE  
**DEPARTAMENTO** 08/003 - SEC. SAUDE PSM  
**LOTAÇÃO** 08/003/00000001 - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H

PROVENTO/DESCONTO/NEUTRO	COMP.	VALOR BASE	VALOR	LCT.
1 SALARIO MENSAL	01	30.211,32	29.590,05	10
60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HORAS)	01	2.548,63	2.548,63	1
70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO	01	1.804,00	1.804,00	6
96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBULANCIA	01	2.561,50	2.561,50	3
102 AUXILIO SAUDE PELO ORGAO	01	1.373,52	1.373,52	1
105 PLANTAO MOTORISTA AMBULANCIA (12H)	01	3.278,25	3.278,25	3
120 INSALUBRIDADE - 20%	01	5.703,60	1.140,72	5
122 INSALUBRIDADE - 20% VALOR	01	85,36	85,36	1
3003 SALARIO COMISSONADO EM 50%	01	3.600,00	1.800,00	1
4014 ADICIONAL NOTURNO	01	16.539,32	1.073,87	5
500 CONSIGNACAO CAIXA ECONOMICA	01	340,31	340,31	1
5000 CONSIGNAÇÃO CAIXA ECONOMICA	01	360,72	360,72	1
5011 CONSGNAÇÃO CAIXA ECONOMICA	01	63,52	63,52	1
5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRASIL	01	1.219,89	1.219,89	2
5018 CONSIGNADO BRADESCO	01	70,51	70,51	1
5022 CONSIGNADOS SICREDI	01	797,40	797,40	1
5025 CONSIGNADO SICREDI	01	599,76	599,76	1
8100 PREVIDENCIA	01	30.963,57	3.405,96	11
9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE	01	34.037,59	3.561,74	7

INSS - Valor Empresa	- 20,00 %	0,00	0,00
INSS - RAT - 2,00 %	FAP - 0,5000	0,00	0,00
FGTS	- 0,00 %	0,00	0,00
FGTS Empregador	- 0,00 %	0,00	0,00
Total Patronal			0,00
Salário Família			0,00
Salário Maternidade			0,00
INSS Patronal			0,00
INSS Retido dos Funcionários			0,00
Exposto Agente Nocivo			0,00
Outras Entidades	- 0,00 %	0,00	0,00
INSS a Recolher			0,00

Prev. Municipal - INTEGRAL			
Valor Empresa	- 13,13 %	30.963,57	4.065,51
Salário Família			0,00
Salário Maternidade			0,00
Licença Saúde			0,00
Previdência Patronal			4.065,51
Previdência Retida dos Funcionários			3.405,96
Previdência a Recolher			7.471,47

Total Proventos: 45.255,90 36



**RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020**

Funcionário: 0 / 99999999 Vínculo: 30 / 35 Cargo: 00000. / 99999.ZZZZZZZ.ZZZZZZZ  
Proj.Atividade: 0 / 9999 Compl.: 1 / 1 Secr.Dep.Lot.Set: 00 000 0000000 000 / 99 999 9999999 999  
Banco: 0 / 999 Classificação: 0 / 99999 Classificação: Sec/Dpto/Lotação

\* Somente informativo

---

Total Descontos:	10.419,81	26
Total Líquido:	34.836,09	
Total de Funcionários:		11



ESTADO DE MATO GROSSO

**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 07.209.245/0001.72

Rua dos Girassóis - 0000387 - Centro

Telefone (066)3588-1566

recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020**

SECRETARIA 08 - SECRETARIA MUN. DE SAUDE  
 DEPARTAMENTO 08/003 - SEC. SAUDE PSM  
 LOTAÇÃO 08/003/00000001 - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H

<b>Funcionário: 807 - CRISTIANE HEUKO MARTINS</b>						<b>C.P.F.: 056.366.199-28</b>		<b>Data Admissão: 19/01/2012</b>			
Cargo :00355/A /01 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO											
Tipo Admissão: Efetivo											
Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000077160-0						<i>126076</i>		Horas mensais: 220			
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro			
1	1 SALARIO MENSAL		2.229,92		D 30,00	2.229,92					
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		176,00		V 8,00	176,00					
1	122 INSALUBRIDADE - 20% VALOR		85,36		V 85,36	85,36					
1	3003 SALARIO COMISSIONADO EM 50'		3.600,00		P 50,00	1.800,00					
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.229,92		H 24,00	55,60					
1	5022 CONSIGNADOS SICREDI	21/ 48	797,40		V 797,40		797,40				
1	8100 PREVIDENCIA		2.229,92		T 11,00		245,29				
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		3.925,59		T 22,50		247,12				
Sal. Base.:			2.229,92	Sal. Bruto.:		4.346,88	Total Desc.:		1.289,81	Sal. Líquido:	3.057,07

<b>Funcionário: 490 - CRISTINA DE SOUZA ARAUJO</b>						<b>C.P.F.: 104.158.718-08</b>		<b>Data Admissão: 09/05/2008</b>			
Cargo :00282/A /05 - AGENTE DE MANUTENÇÃO											
Afastamento: 83 - AFASTAMENTO REMUNERADO PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO											
Tipo Admissão: Efetivo											
Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000093684-1						<i>126076</i>		Horas mensais: 220			
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro			
1	1 SALARIO MENSAL		1.443,36		D 30,00	1.443,36					
1	5008 CONSIGNACAO CAIXA ECONOMI	1/ 60	340,31		V 340,31		340,31				
1	5018 CONSIGNADO BRADESCO	37/ 72	70,51		V 70,51		70,51				
1	8100 PREVIDENCIA		1.443,36		T 11,00		158,76				
Sal. Base.:			1.443,36	Sal. Bruto.:		1.443,36	Total Desc.:		569,58	Sal. Líquido:	873,78

<b>Funcionário: 898 - EDEMAR JOSE JACOBI</b>						<b>C.P.F.: 283.136.589-91</b>		<b>Data Admissão: 16/01/2013</b>			
Cargo :00282/A /03 - AGENTE DE MANUTENÇÃO											
Tipo Admissão: Efetivo											
Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000046457-0						<i>126076</i>		Horas mensais: 220			
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro			
1	1 SALARIO MENSAL		1.303,68		D 30,00	1.303,68					
1	8100 PREVIDENCIA		1.303,68		T 11,00		143,40				
Sal. Base.:			1.303,68	Sal. Bruto.:		1.303,68	Total Desc.:		143,40	Sal. Líquido:	1.160,28

<b>Funcionário: 1345 - ELEANDRO DE ANDRADE</b>						<b>C.P.F.: 060.114.939-47</b>		<b>Data Admissão: 01/07/2020</b>			
Cargo :00318/A /01 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA											
Tipo Admissão: Efetivo											
Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000014051-1						<i>126076</i>		Horas mensais: 220			
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro			
1	1 SALARIO MENSAL		2.499,00		D 30,00	2.499,00					
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		352,00		V 16,00	352,00					
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		872,00		V 16,00	872,00					
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		1.013,70		V 6,54	1.013,70					
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80					
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.499,00		H 120,00	311,56					
1	8100 PREVIDENCIA		2.499,00		T 11,00		274,89				
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		4.464,58	1	T 22,50		368,40				
Sal. Base.:			2.499,00	Sal. Bruto.:		5.281,06	Total Desc.:		643,29	Sal. Líquido:	4.637,77



ESTADO DE MATO GROSSO

**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 07.209.245/0001.72

Rua dos Girassois - 0000387 - Centro

Telefone (066)3588-1566

recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020**

<b>Funcionário: 248 - FABIANO ARLINDO GONCALVES</b>				<b>C.P.F.: 956.720.361-04</b>		<b>Data Admissão: 24/02/2006</b>		
Cargo :00318/B /05 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA								
Afastamento: 83 - AFASTAMENTO REMUNERADO PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO								
Tipo Admissão: Efetivo								
Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000007215-x						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	1 SALARIO MENSAL		3.408,64		D 30,00	3.408,64		
1	5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA:	16/ 96	903,30		V 903,30		903,30	
1	8100 PREVIDENCIA		3.408,64		T 11,00		374,95	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		2.464,92	3	T 7,50		42,06	
Sal. Base.: 3.408,64			Sal. Bruto.: 3.408,64	Total Desc: 1.320,31		Sal. Líquido: 2.088,33		

<b>Funcionário: 1346 - JOSE IVANILDO THEODORO DA SILVA</b>				<b>C.P.F.: 090.960.084-80</b>		<b>Data Admissão: 20/07/2020</b>		
Cargo :00318/A /01 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA								
Tipo Admissão: Efetivo								
Banco/Agência/Conta: 001 / 3196-8 / 000000025918-7						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	1 SALARIO MENSAL		2.499,00		D 30,00	2.499,00		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		396,00		V 18,00	396,00		
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		872,00		V 16,00	872,00		
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		1.165,60		V 7,52	1.165,60		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.499,00		H 16,00	41,54		
1	8100 PREVIDENCIA		2.499,00		T 11,00		274,89	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		4.536,05		T 22,50		384,48	
Sal. Base.: 2.499,00			Sal. Bruto.: 5.206,94	Total Desc: 659,37		Sal. Líquido: 4.547,57		

<b>Funcionário: 472 - JOSE MARIA DE ABREU JUNIOR</b>				<b>C.P.F.: 567.857.631-34</b>		<b>Data Admissão: 02/05/2008</b>		
Cargo :00318/A /05 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA								
Tipo Admissão: Efetivo								
Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000085696-7						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	1 SALARIO MENSAL		3.098,76		D 30,00	3.098,76		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		330,00		V 15,00	330,00		
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		817,50		V 15,00	817,50		
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		1.098,95		V 7,09	1.098,95		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	1/361	1.164,00		P 20,00	232,80		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		3.098,76		H 120,00	386,33		
1	8100 PREVIDENCIA		3.098,76		T 11,00		340,86	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		5.293,48		T 27,50		586,34	
Sal. Base.: 3.098,76			Sal. Bruto.: 5.964,34	Total Desc: 927,20		Sal. Líquido: 5.037,14		

<b>Funcionário: 900 - JULIANA DE SOUZA ADARI</b>				<b>C.P.F.: 018.943.471-61</b>		<b>Data Admissão: 01/02/2013</b>		
Cargo :00325/A /03 - ENFERMEIRO								
Afastamento: 01 - FERIAS NORMAIS								
Tipo Admissão: Efetivo								
Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000006365-7						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	1 SALARIO MENSAL		6.212,64		D 27,00	5.591,37		
1	60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HO		2.548,63		V 7,00	2.548,63		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		242,00		V 11,00	242,00		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.047,60		P 20,00	209,52		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		6.212,64		H 48,00	278,84		
1	5025 CONSIGNADO SICREDI	13/ 48	599,76		V 599,76		599,76	
1	8100 PREVIDENCIA		5.591,37		T 11,00		615,05	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		8.013,31		T 27,50		1.334,30	
Sal. Base.: 6.212,64			Sal. Bruto.: 8.870,36	Total Desc: 2.549,11		Sal. Líquido: 6.321,25		



ESTADO DE MATO GROSSO

**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 07.209.245/0001.72

Rua dos Girassóis - 0000387 - Centro

Telefone (066)3588-1566

recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020**

<b>Funcionário: 678 - JUSSARA GOULART DOS SANTOS</b>				<b>C.P.F.: 453.052.501-53</b>		<b>Data Admissão: 03/03/2010</b>		
Cargo :00282/A /04 - AGENTE DE MANUTENÇÃO								
Afastamento: 89 - AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA - ORGAO								
Tipo Admissão: Sem classificação								
Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000073820-4						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	102 AUXILIO SAUDE PELO ORGAO		1.373,52		D 30,00	1.373,52		
1	5009 CONSIGNAÇÃO CAIXA ECONOMI	43/55	360,72		V 360,72		360,72	
1	8100 PREVIDENCIA		1.373,52		T 11,00		151,08	
Sal. Base.: 0,00		Sal. Bruto.: 1.373,52		Total Desc: 511,80		Sal. Líquido: 861,72		

<b>Funcionário: 789 - MARLI SILVA DE OLIVEIRA</b>				<b>C.P.F.: 254.748.553-20</b>		<b>Data Admissão: 13/10/2011</b>		
Cargo :00282/A /03 - AGENTE DE MANUTENÇÃO								
Tipo Admissão: Efetivo								
Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000006514-5						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	1 SALARIO MENSAL		1.303,68		D 30,00	1.303,68		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		308,00		V 14,00	308,00		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	1/361	1.164,00		P 20,00	232,80		
1	5011 CONSGNACAO CAIXA ECONOMI	50/72	63,52		V 63,52		63,52	
1	5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA	10/90	316,59		V 316,59		316,59	
1	8100 PREVIDENCIA		1.303,68		T 11,00		143,40	
Sal. Base.: 1.303,68		Sal. Bruto.: 1.844,48		Total Desc: 523,51		Sal. Líquido: 1.320,97		

<b>Funcionário: 930 - RITA DE CASSIA SPANHOL</b>				<b>C.P.F.: 015.536.711-04</b>		<b>Data Admissão: 07/03/2013</b>		
Cargo :00325/A /03 - ENFERMEIRO								
Tipo Admissão: Efetivo								
Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000005458-5						Horas mensais: 220		
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	1 SALARIO MENSAL		6.212,64		D 30,00	6.212,64		
1	8100 PREVIDENCIA		6.212,64		T 11,00		683,39	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		5.339,66	1	T 27,50		599,04	
Sal. Base.: 6.212,64		Sal. Bruto.: 6.212,64		Total Desc: 1.282,43		Sal. Líquido: 4.930,21		

Total de Funcionários.....:	11	Proventos:	45.255,90	Descontos:	10419,81
		Neutros.....:		Líquido.....:	34.836,09



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 7.209.245/0001.72  
Rua dos Girassóis - 0000387 - Centro  
Telefone (066)3588-1566  
recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**Relação de Proventos/Descontos/Neutros Flexíveis em 09/2020**

Secretaria: 08 - SECRETARIA MUN. DE SAUDE  
Departamento: 08/003 - SEC. SAUDE PSM  
Lotação: 08/003/00000001 - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H

Cód.	Nome / Cargo	CPF	102 - AUXILIO SAUDE PELO ORGAO			103 - SALARIO MATERNIDADE			Valor	Base	Valor	Total geral
			Base	Dias	Valor	Base	Dias	Valor				
678	JUSSARA GOULART DOS SANTOS AGENTE DE MANUTENÇÃO	453.052.501.53	1.373,52	30	1.373,52						1.373,52	
Total de funcionários: 1			1.373,52		1.373,52						1.373,52	
Total geral de funcionários: 10			39.023,75		39.023,75						39.023,75	



G336301007519441057  
30/09/2020 10:34:34

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

Nome FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Agência 5980-3  
Conta corrente 5910-2

#### Creditado

Nome PM IPIRANGA FOPAG  
Agência 5980-3  
Conta corrente 5014-8  
Valor 72.517,19  
Data Nesta data

Assinada por JA776614 ROGERIO NORO 30/09/2020 09:48:29  
J8127507 PEDRO FERRONATTO 30/09/2020 10:34:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8127507 PEDRO FERRONATTO.

## DOC ou TED Eletrônico

### Debitado

Agência 5980-3  
Conta corrente 5910-2 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

### Creditado

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

Agência (sem DV) 810 SICREDI OURO VERDE MT

Conta corrente (com DV) 794686

CNPJ 07.209.245/0001-72

Nome favorecido MUNICIPIO DE IPIRANGA DO NORTE

Finalidade CREDITO EM CONTA

Número documento 93.001

Valor 24.247,37

Data transferência 30/09/2020

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB EEEA2638937E6B70

Assinada por JA776614 ROGERIO NORO  
J8127507 PEDRO FERRONATTO

30/09/2020 09:49:11  
30/09/2020 10:34:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8127507 PEDRO FERRONATTO.

## DOC ou TED Eletrônico

### Debitado

Agência 5980-3  
Conta corrente 8685-1 P MUN IPIRANGA NORTE FPM

### Creditado

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

Agência (sem DV) 810 SICREDI OURO VERDE MT

Conta corrente (com DV) 794686

CNPJ 07.209.245/0001-72

Nome favorecido MUNICIPIO DE IPIRANGA DO NORTE

Finalidade CREDITO EM CONTA

Número documento 93.002

Valor 9.622,27

Data transferência 30/09/2020

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB E06B231AF744B863

Assinada por JC883212 CAROLINE LONGHI  
J8127507 PEDRO FERRONATTO

30/09/2020 09:22:45  
30/09/2020 10:13:02

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8127507 PEDRO FERRONATTO.

ORDEM DE PAGAMENTO No 0004228

Ref. Empenho N°.: 002986/2020

Data do Pagamento: 30/09/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0399  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 122 - ADMINISTRACAO GERAL  
Programa.....: 0035 - Combate a Pandemia COVID19  
Proj./Ativ....: 2095 - Combate a Pandemia COVID19  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Fonte: 0.1.26.076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao Coronavirus, i

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	12.552,26
Saldo Anterior.....R\$	12.552,26
O.P. 001 Parcela.....R\$	12.552,26
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

2 07 053 -CONSIGNADO BRADESCO SAUDE	R\$	70,51 -
2 07 014 -Consignado CEF Servidores da Saude	R\$	340,31 -
2 07 062 -IRRF- Servidores - Transf. Impostos sa·de	R\$	833,46 -
2 07 003 004 -IPIRANGA-PREV - SAUDE	R\$	888,31 -
2 07 080 -CONSIGNADO SICREDI	R\$	797,40 -
LIQUIDO A PAGAR.....R\$		9.622,27

Paga-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -  
a quantia de R\$ NOVE MIL, SEISCENTOS E VINTE E DOIS REAIS E VINTE E SETE CENTAVO

Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL, ]  
[COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

Banco/Conta	No Conta	Cheque/Doc	Valor
129-FPM	8685-1	93.002	9.622,27
			<u>9.622,27</u>

PEDRO FERRONATTO  
feito(a)

CAROLINE LONCHI VIEIRA  
Tesoureiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual  
passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_

ORDEM DE PAGAMENTO No 0004229

Ref. Empenho N°.: 002988/2020

Data do Pagamento: 30/09/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0300  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ...: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 339046000000 - Auxilio Alimentacao  
Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa'de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	1.804,00
Saldo Anterior.....R\$	1.804,00
O.P. 001 Parcela.....R\$	1.804,00
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 1.804,00

Pague-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -  
a quantia de R\$ HUM MIL, OITOCENTOS E QUATRO REAIS  
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. AUXILIO ALIMENTACAO, COMPETENCIA ]  
[09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

Banco/Conta	No Conta	Cheque/Doc	Valor
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	665.980.005.014	1.298,00
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	93.001	506,00
			<hr/>
			1.804,00

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA  
Tesoureiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_

ORDEM DE PAGAMENTO No 0004230

Ref. Empenho N°.: 002989/2020

Data do Pagamento: 30/09/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0304  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ....: 2068 - Manut. dos Serv.e Urg. e Emergência  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	1.373,52
Saldo Anterior.....R\$	1.373,52
O.P. 001 Parcela.....R\$	1.373,52
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 1.373,52

Pague-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod: 00001118

Banco: - Agencia: - Conta: -  
a quantia de R\$ HUM MIL, TREZENTOS E SETENTA E TRES REAIS E CINQUENTA E DOIS CEN  
TAVOS  
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO SAUDE ]  
[DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL - PSM, COMPETENCIA ]  
[09/2020. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

Banco/Conta	No Conta	Cheque/Doc	Valor
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	93.001	1.373,52
			<u>1.373,52</u>

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA  
Tesoureiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual  
passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_

ORDEM DE PAGAMENTO No 0004231

Ref. Empenho N°.: 002987/2020

Data do Pagamento: 30/09/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0295  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ...: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa·de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	29.526,12
Saldo Anterior.....R\$	29.526,12
O.P. 001 Parcela.....R\$	29.526,12
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

2 07 080 -CONSIGNADO SICREDI	R\$	599,76 -
2 07 003 004 -IPIRANGA-PREV - SAUDE	R\$	2.517,65 -
2 07 062 -IRRF- Servidores - Transf. Impostos sa·de	R\$	2.728,28 -
2 07 014 -Consignado CEF Servidores da Saude	R\$	424,24 -
2 07 026 -Consignacao Banco do Brasil - Saude	R\$	1.219,89 -
LIQUIDO A PAGAR.....R\$		22.036,30

P...e-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -  
a quantia de R\$ VINTE E DOIS MIL E TRINTA E SEIS REAIS E TRINTA CENTAVOS  
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL, ]  
[COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Côm Recursos da(s) Conta(s):

Banco/Conta	No Conta	Cheque/Doc	Valor
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	665.980.005.014	22.036,30
			<hr/>
			22.036,30

PEDRO FERRONATTO  
efeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA  
Tescunheiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_